



PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESIDENCIAL SOLICITUD



Paquete completo de solicitud enviado por correo a:

**Administrador de Viviendas
Ciudad de Encinitas
Departamento de Servicios de Desarrollo
505 S. Vulcan Avenue
Encinitas, CA 92024-3633**

CIUDAD DE ENCINITAS

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESIDENCIAL

RESUMEN

La Ciudad de Encinitas está ofreciendo asistencia para la rehabilitación de viviendas para los residentes de bajos ingresos propietarios-ocupantes dentro de la jurisdicción de la Ciudad de Encinitas. Un breve resumen de las regulaciones y los requerimientos mínimos para calificar en el programa son los siguientes:

1. Propiedad – El solicitante debe aparecer en el título de la propiedad.
2. Residencia Principal – La propiedad debe ser la residencia principal del solicitante.
3. Segundo Hogar/Propiedad Alquilada – Un solicitante no puede ser propietario de un segundo hogar ni de una propiedad en alquiler.
4. Patrimonio – La propiedad debe tener un patrimonio suficiente para cubrir el crédito de la Ciudad.
5. Valor de la Propiedad – El valor después de la rehabilitación de la propiedad puede estar restringida a \$390,000.
6. Viviendas Unifamiliares y Condominios – El programa ofrece: un interés simple del tres por ciento, créditos diferidos de hasta \$50,000 para los hogares elegibles. Los intereses devengados serán condonados a pro-rata sobre los siguientes periodos con base en el monto del crédito: Menos de \$15,000 = cinco años; \$15,000-\$40,000 = diez años; más de \$40,000 quince años. El monto mínimo de crédito para rehabilitación es de \$3,000.
7. Vivienda Manufacturada/Casa Rodante – El programa ofrece: (1) otorga hasta \$5,000; y, (2) cero intereses, crédito condonado hasta de \$10,000. El monto mínimo de crédito para rehabilitación disponible es de \$3,000.
8. Ingreso Bruto Anual Máximo – El ingreso bruto anual de todo el hogar (antes de impuestos o deducciones) no puede exceder de los límites de ingreso actuales, con base en el tamaño del hogar, como se muestra en la página 4 (Gráfica de Ingreso).
9. ¿Qué se Incluye como Ingreso? – Los ingresos incluyen, pero no están limitados a, todas las remuneraciones, horas extras consistentes, pensiones de jubilación, pensiones, seguridad social, pensión de menores, pensión judicial, ingresos por intereses, desempleo, discapacidad, beneficencia, estampillas de alimentos y todos los ingresos regulares de todos los miembros del hogar mayores de 18 años de edad, antes de cualquier deducción.
10. ¿Los Ingresos de Cuáles Personas se Incluyen? Se incluyen los ingresos de todos los miembros del hogar.

11. ¿Quién es Considerado como un Miembro del Hogar? – Un miembro del hogar es toda persona que viva en la residencia incluyendo las personas que pagan alquiler.



PREGUNTAS: Llame al Programa de Viviendas al (760)
487-8127



Este es un programa con fondos federales. La Ciudad de Encinitas no discriminará a cualquier solicitante de un crédito para asistencia con base en la raza, color, religión, sexo, condición marital, ancestros o nacionalidad de origen. El programa de la Ciudad será conducido y administrado de conformidad con lo dispuesto en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y la Ley de Vivienda Justa y los reglamentos de implementación.

CIUDAD DE ENCINITAS PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESIDENCIAL RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE Y DE LA CIUDAD

- El personal de la Ciudad o sus agentes determinarán la elegibilidad para el programa.
- Las reparaciones de cualquier violación a la salud y la seguridad, violaciones a los códigos y violaciones incipientes, son la prioridad del programa.
- Se requerirá que el solicitante obtenga, en la medida de sus posibilidades, por lo menos tres ofertas de parte de contratistas con licencia para su trabajo y seleccionará al contratista con quien desea hacer el trabajo. El personal de la Ciudad o sus agentes suministrarán un Reporte de Trabajo que enumere todos los trabajos que serán realizados.
- El solicitante no firmará contrato de construcción alguno hasta que esta haya sido discutido y revisado en la reunión programada antes de la construcción con el contratista, el propietario, el Personal de la Ciudad o sus agentes.
- El personal de la Ciudad o sus agentes establecerán una cuenta de Control de Fondos en la cual se colocarán todos los fondos de rehabilitación para su desembolso.
- **No se iniciarán los trabajos hasta que el propietario haya recibido la notificación por escrito de que todos los fondos han sido depositados en la cuenta de Control de Fondos en el formulario de Notificación para Proceder.**
- Cuando el propietario o el contratista notifiquen que se requiere efectuar un pago por progreso, el personal de la Ciudad o sus agentes inspeccionarán el trabajo y ejecutarán el recibo de pago si el pago estaba garantizado.
- No se realizarán cambios al contrato de construcción salvo que sea aprobado por escrito por el personal de la Ciudad o por sus agentes.
- Cualquier permiso que el contratista obtenga para el trabajo debe ser guardado por el propietario. Los Inspectores de Construcción de la Ciudad deben firmar los permisos antes de que los pagos por progreso puedan efectuarse.

Yo/Nosotros entendemos que mi/nuestra cooperación es necesaria durante todas las fases del proceso de rehabilitación, desde la elegibilidad pasando por la construcción hasta la culminación. Yo/Nosotros hemos leído y recibido una copia de este formulario.

Firmado:

Solicitante

Fecha

Firmado:

Co-Solicitante

Fecha

DOCUMENTACIÓN DE SOPORTE DE LA SOLICITUD

LISTA DE VERIFICACIÓN

(VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO)

Se requieren los siguientes documentos con la finalidad de verificar la información del propietario. Por favor adjunte fotocopias de estos documentos con su solicitud. **El incumplimiento en la entrega de todos los documentos requeridos puede tener como resultado la demora en el procesamiento de su solicitud.**

Por favor marque las casillas de los elementos que está adjuntado:

- Copia del Certificado de Título actual – Solo para Casas Rodantes
- Copia del Documento de Otorgamiento – Solo para Unifamiliares y Villas/Condominios
- Copia de la Tarjeta de Registro HCD [Desarrollo de Viviendas y de la Comunidad] Estatal vigente – Solo para Casas Rodantes
- Copia de la Factura de Impuesto a la Propiedad vigente y la prueba del pago de la Página Web del Condado (No presente una copia si el No. de la Etiqueta de la Tarjeta de Registro de Casa Rodante comienza con la letra “A”)
- Copia de la Página de Declaración de Seguro contra Riesgos del Propietario & Declaración de Prima, pagado y vigente
- Copia del Estado de Cuenta más actualizado de la Hipoteca
- Copias de los seis (6) meses más recientes (todas las páginas) de todos los Estados de Cuenta Bancarios de las Cuentas Corrientes
- Copias de los seis (6) meses más recientes (todas las páginas) de todos los Estados de Cuenta Bancarios de las Cuentas de Ahorros
- Copias de la Devolución de Impuesto Federal sobre la Renta del año pasado, incluyendo TODOS los formularios W-2, 1040, 1099 & 1098 (se deben presentar en caso de ser aplicable)
- En caso de ser trabajador independiente; (1) copias de los seis (6) meses más recientes (todas las páginas) de los Estados de Cuenta Bancarios de las Cuentas Corrientes Comerciales; (2) Los Estados de Cuentas de Ahorros más recientes; (2) ganancias y pérdidas del año actual (comenzando en enero)
- Copias de tres meses de Recibos de Pago de Nómina Actuales, Pensiones, etc. (se deben presentar en caso de ser aplicable)
- Copias de las Pruebas de Ingresos - una copia de cada uno: Carta de Otorgamiento de la Seguridad Social y Estado de Cuenta de los Beneficios de la Seguridad Social, Ingreso IRA, Certificados de Depósito/Fondos Mutuales, etc.
- Copias de las Pruebas de Ingresos - una copia de cada uno de los estados de cuenta más recientes: Estado de Cuenta Anual y/o Trimestral, Ingresos IRA, Certificados de Depósito/Fondos Mutuales, 401K, Acciones/Bonos (en Cartera) etc.
- Copias de seis (6) Estados de Cuenta Actuales de Beneficios por Desempleo EDD

[Departamento de Desarrollo del Empleo] (de ser aplicable)

- Una copia de la Licencia para Conducir o Tarjeta de Identificación Estatal de todas las personas que viven en el hogar mayores de 18 años de edad (deben suministrar una copia)
- Una copia de las Tarjetas de Seguridad Social de todas las personas menores de 18 años de edad
- Copia de los Certificados de Nacimiento de todas las personas menores de 18 años de edad
- Copia del Certificado de Defunción - cónyuge (debe suministrar una copia)
- Copia del Fideicomiso Familiar, Fideicomiso Revocable, Fideicomiso de Vivienda

CIUDAD DE ENCINITAS

GRÁFICA DE INGRESO *(Publicado el 15 de mayo de 2023)* *Para el 2023*

Con la finalidad de calificar bien sea para una subvención o para un crédito, el ingreso bruto anual total del grupo familiar (antes de impuestos o deducciones) no puede exceder de lo siguiente:

Tamaño del Hogar	Ingreso Máximo
1	\$77,200
2	\$88,200
3	\$99,250
4	\$110,250
5	\$119,100
6	\$127,900
7	\$136,750
8	\$145,550

Fuente: Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE.UU. según actualización anual.
Última actualización 15/mayo/2023.

CIUDAD DE ENCINITAS
**PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESIDENCIAL
SOLICITUD**

Por favor complete este formulario por entero y con precisión. Un formulario incompleto demorará el procesamiento de su solicitud.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. **Nombre del Solicitante:** **Seguridad Social No.:**

_ / _ / _

2. **Teléfono en el Hogar** **Teléfono Celular**

()

()

3. **Dirección Actual, Ciudad & Código Postal:**

4. **Información de Empleo**

¿Jubilado? Sí No **¿Trabajando?** Sí No **¿Trabajador por Cuenta Propia?** Sí No

Nombre del Patrono/Negocio:

Dirección del Patrono/Negocio:

Teléfono del Negocio:

INFORMACIÓN DEL CO-SOLICITANTE

1. **Nombre del Co-Solicitante** **Seguridad Social No.**

_ / _ / _

2. **Teléfono en el Hogar** **Teléfono Celular**

()

()

3. **Dirección Actual, Ciudad & Código Postal:**

4. **Información de Empleo**

¿Jubilado? Sí No **¿Trabajando?** Sí No **¿Trabajador por Cuenta Propia?** Sí No

Nombre del Patrono/Negocio:

Dirección del Patrono/Negocio:

Teléfono del Negocio:

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

LAS LEYES FEDERALES REQUIEREN QUE RECOLECTEMOS LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.

Por favor complete la gráfica a continuación para todos, incluyendo el propietario de la vivienda, que residan en el hogar.

COMPOSICIÓN DEL HOGAR					Marque Cada Una de las Casillas que Sean Aplicables para Cada Una de las Personas		
Coloque al jefe de su grupo familiar y a todos los miembros que viven en su hogar al momento de la solicitud, incluyendo al solicitante y al co-solicitante. Señale la relación de cada uno de los miembros de la familia con el jefe del grupo familiar.					Estudiante a Tiempo Completo	Veterano	Discapacitado
Miembro No.	Nombre Completo	Relación	Fecha de Nacimiento	SS #			
Jefe de Familia			__/__/__	__-__-__			
2			__/__/__	__-__-__			
3			__/__/__	__-__-__			
4			__/__/__	__-__-__			

1. ¿Recibió usted en alguna oportunidad asistencia financiera alguna (crédito o subvención) de la Ciudad de Encinitas? Sí No

En caso afirmativo, por favor no presente una solicitud. La Ciudad solo le puede aprobar un crédito y/o una subvención por cada propietario de vivienda. En caso negativo, por favor continúe completando la solicitud.

2. ¿Hay alguna persona que viva con usted en este momento que no haya sido mencionada anteriormente? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique:

3. ¿Hay alguna persona que esté planificando vivir con usted en el futuro que no haya sido mencionada anteriormente? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique:

Yo/Nosotros certificamos que la propiedad a ser rehabilitada es nuestra residencia principal.

Yo/Nosotros declaramos bajo pena de perjurio que la información en esta solicitud es otorgada de forma voluntaria, y que la información es cierta y correcta.

Firma del Solicitante:	Fecha:	Firma del Co-Solicitante:	Fecha:
-------------------------------	---------------	----------------------------------	---------------

Ingreso Bruto Mensual del Grupo Familiar

Marque Todas las que Correspondan	FUENTE DE INGRESO	SOLICITANTE (Mensual)	CO-SOLICITANTE (Mensual)	Otro Miembro del Hogar de 18 años o Mayor (Mensual)	TOTAL Ingreso Mensual (Sume todos los ingresos en la columna)
<input type="checkbox"/>	Salarios de un patrono	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/>	Seguridad Social	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/>	Discapacidad	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/>	Intereses Por	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/>	1. Ahorros	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/>	2. Certificados de Depósito	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/>	3. Bonos	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/>	4. Acciones	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/>	5. Cuentas de Jubilación				
<input type="checkbox"/>	Pensiones	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/>	Pensión de Menores	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/>	Pensiones	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/>	Cuidado de Acogida	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/>	Ingresos por Alquileres	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/>	Desempleo	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/>	AFDC [Ayuda para Familias con Niños Dependientes]	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/>	OTROS:	\$	\$	\$	\$

Para Uso de la Oficina de la Ciudad:	Total Ingreso Mensual:	\$
	Total Ingreso Anual:	\$

TOTAL ACTIVOS:

NO LO DEJE EN BLANCO. SI USTED NO TIENE UNA CUENTA CORRIENTE NI UNA CUENTA DE AHORROS, POR FAVOR SUMINISTRE UNA DECLARACIÓN POR ESCRITO Y COPIAS DE LAS ÓRDENES DE DINERO Y BENEFICIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL, CHEQUES DE PENSIONES, ETC.

Cuentas Corrientes y de Ahorros

	NOMBRE DE LA CUENTA	NOMBRE DEL BANCO	NO. DE LA CUENTA (ÚLTIMOS 4 DÍGITOS)	SALDO
CUENTA DE AHORROS:				\$
CUENTA DE AHORROS:				\$
CUENTA DE AHORROS:				\$
CUENTA CORRIENTE:				\$
CUENTA CORRIENTE:				\$
CUENTA CORRIENTE:				\$
OTRAS CUENTAS BANCARIAS:				\$
OTRAS CUENTAS BANCARIAS:				\$
OTRAS CUENTAS BANCARIAS:				\$

Otras Inversiones -- Enumérelas

	NOMBRE DE LA CUENTA	NO. DE LA CUENTA	VALOR ACTUAL
PROPIEDAD: (DIRECCIÓN)			\$
ACCIONES:			\$
ACCIONES:			\$
ACCIONES:			\$
BONOS:			\$
BONOS:			\$
BONOS:			\$

Cuentas de Jubilación -- Enumérelas

	NOMBRE DE LA CUENTA	NO. DE LA CUENTA	VALOR ACTUAL
IRA [CUENTA DE INVERSIÓN PARA LA JUBILACIÓN]:			\$

IRA [CUENTA DE INVERSIÓN PARA LA JUBILACIÓN]:			\$
IRA [CUENTA DE INVERSIÓN PARA LA JUBILACIÓN]:			
401K:			\$
401K:			
401K:			
TOTAL ACTIVOS:			\$

Gastos Mensuales

TIPO DE PAGO	NOMBRE DEL ACREEDOR	SALDO	PAGO MENSUAL
Hipoteca		\$	\$
Segunda Hipoteca		\$	\$
Línea de Crédito		\$	\$
Hipoteca Propiedad en Alquiler		\$	\$
Automóvil		\$	\$
Automóvil		\$	\$
Tarjeta de Crédito		\$	\$
Tarjeta de Crédito		\$	\$
Tarjeta de Crédito		\$	\$
Tarjeta de Crédito		\$	\$
Alquiler de Espacio			\$
Servicios Públicos			\$
Deudas HOA [Asociación de Propietarios]			\$
Seguro contra Riesgos			\$
Impuestos a la Propiedad			\$
Registro de Casa Rodante			\$
Otros: _____		\$	\$
Otros: _____		\$	\$
TOTAL GASTOS MENSUALES ACTUALES:			\$

INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

La siguiente información será mantenida de forma confidencial y solo será utilizada para brindar datos agregados para el análisis del programa. La información suministrada será mantenida por separado de su solicitud. Completar este formulario es opcional y no será utilizado para evaluar su solicitud para la participación en este programa.

RAZA DEL GRUPO FAMILIAR

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco |
| <input type="checkbox"/> Afrodescendiente | <input type="checkbox"/> Asiático y Blanco |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Afrodescendiente y Blanco |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska y Afrodescendiente |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico | <input type="checkbox"/> Otro Multirracial |

ETNIA HISPANA/LATINA Sí No

DISCAPACITADO Sí No

JEFE DE FAMILIA Masculino Femenino

EDAD DEL JEFE DE FAMILIA

18-24; 25-34; 35-44; 45-54; 55-64; 65 & mayor

¿CUÁL ES EL NÚMERO TOTAL DE PERSONAS EN SU HOGAR? _____

NOTA: Ningún solicitante será excluido, rechazado o discriminado para presentar la solicitud y/o para participar en el Programa de Rehabilitación Residencial en la Ciudad de Encinitas debido a la raza, edad, color, religión, sexo, condición marital, nacionalidad de origen, discapacidad/minusvalía o condición de veterano.



INFORMACIÓN DE LA PROPIEDAD EN REHABILITACIÓN

Me gustaría recibir las siguientes rehabilitaciones (MARQUE LAS MEJORAS A SER REALIZADAS):

Nivelación	_____	Eléctrico	_____	Ventanas	_____	Plomería
Reparación de las Paredes	_____	Pintura Interior	_____	Reparación del Piso	_____	Calefacción
Rodapié	_____	Cocina	_____	Pintura Exterior	_____	Reparaciones en el Baño
Techos	_____	Barras de Sujeción	_____	HVAC [Ventilación y Aire Acondicionado]	_____	Horno
Calentador de Agua	_____	Unidad de Aire Acondicionado	_____	Acceso para Discapacitados	_____	

Discapacitado - Necesidades Especiales (describa):

Otros Elementos de Rehabilitación:

Nombre del Propietario:

Dirección de la Propiedad:

Encinitas, CA

No. de Teléfono:

TIPO DE HOGAR:

Residencia Unifamiliar _____ Año de Construcción _____

Condominio _____ Año de Construcción _____

Remolque _____ Año de Fabricación _____

Casa Rodante _____ Año de Fabricación _____

Número de Dormitorios _____ Número de Baños _____

INSTALACIONES: Cochera _____ Garaje Abierto _____ Aire Acondicionado _____ Chimenea _____

SOLO PARA CASAS RODANTES (Esta información puede encontrarse en su tarjeta de registro de casa rodante):

Ancho Individual _____ Ancho Doble _____

Decal #: _____ Insignia HCD #: _____

Nombre del Fabricante: _____

Nombre Comercial: _____

Casa Rodante en el Registro Tributario _____ (El Número Decal comenzará con una "L")

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO

Se requieren los siguientes documentos con la finalidad de verificar la información del propietario.

DECLARACIÓN JURADA

Por favor firme una de las dos siguientes declaraciones en la medida que refleje su situación:

Formulario de Impuesto Sobre la Renta:

Yo/Nosotros, _____ por medio del presente certificamos que las copias de las devoluciones de impuesto sobre la renta federal entregadas a la Ciudad de Encinitas son copias fieles y exactas de las devoluciones presentadas ante el Departamento de Impuesto Federal sobre la Renta (IRS).

Yo/Nosotros entendemos que las mencionadas copias serán utilizadas en conjunto con otras verificaciones y declaraciones juradas para determinar nuestra elegibilidad por ingreso para el Programa de Rehabilitación Residencial de la Ciudad de Encinitas.

Yo/Nosotros certificamos que la información que entregamos a la Ciudad de Encinitas es cierta y completa a nuestro leal saber y entender.

Yo/Nosotros además entendemos que la representación falsa intencional del ingreso y/o de los activos pondrá en riesgo cualquier fondo por subvención o crédito que nos sea entregado por la Ciudad.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Co-Solicitante

Fecha

No presenta Impuesto sobre la Renta:

Yo/Nosotros no declaramos Impuesto Sobre la Renta.

Yo/Nosotros certificamos que la información que entregamos a la Ciudad de Encinitas es cierta y completa a nuestro leal saber y entender.

Yo/Nosotros además entendemos que la representación falsa intencional del ingreso y/o de los activos pondrá en riesgo cualquier fondo por subvención o crédito que nos sea entregado por la Ciudad.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Co-Solicitante

Fecha

CIUDAD DE ENCINITAS

(Por favor complete dos copias)

ENTREGA DE INFORMACIÓN

Yo/Nosotros, _____, quienes suscribimos, por medio del presente autorizamos

_____, la entrega sin responsabilidad alguna a la Ciudad de Encinitas o a sus agentes, todas y cada una de las informaciones que ellos puedan requerir.

INFORMACIÓN AMPARADA

Entiendo que, dependiendo de las políticas y de los requerimientos del programa, la información anterior o actual relacionada con mi hogar o conmigo puede ser necesaria. Las verificaciones y las preguntas que pudieran ser requeridas incluyen, pero no están limitadas a las siguientes:

Identidad y Condición Conyugal	Empleo, Ingresos y Activos
Asignación Médica o para Cuidado de Niños	Actividad Crediticia y Penal
Residencias y Actividad de Alquileres	

Entiendo que esta autorización no puede ser utilizada para obtener cualquier información sobre mí que no sea pertinente a mi elegibilidad o para continuar la participación en el programa.

GRUPOS O PERSONAS QUE PUDIERAN SER INTERROGADAS

Los grupos o las personas que pudieran ser interrogadas para la entrega de información (dependiendo de los requerimientos del programa) incluyen, pero no están limitadas a las siguientes:

Arrendadores Anteriores (incluyendo y Oficinas de Correo	Agencias de Beneficencia Tribunales
Escuelas y Colegios Universitarios	Agencias Estatales de Desempleo
Agencias de Cumplimiento Forzoso de la Ley	Administración de la Seguridad Social
Proveedores de Ayudas y Pensiones	Proveedores de Servicios Médicos y de Cuidado de Niños
Administración de Veteranos	Bancos y otras Instituciones Financieras
Compañías de Servicios	Sistemas de Jubilación
	Proveedores de Créditos y Asociaciones de Crédito.

CONDICIONES

Estoy de acuerdo con que una fotocopia de esta autorización pueda ser utilizada para los fines antes declarados. El original de esta autorización se encuentra en el expediente y permanecerá vigente durante un año y un mes desde la fecha de la firma. Entiendo que tengo derecho a revisar mi expediente y corregir cualquier información que pueda demostrar no es correcta.

Firma (Jefe de Familia)

(Nombre en Letra de Imprenta)

Fecha

Firma (Cónyuge/Co-solicitante)

(Nombre en Letra de Imprenta)

Fecha

Firma (Miembro del Hogar)

(Nombre en Letra de Imprenta)

Fecha

Firma (Miembro del Hogar)

(Nombre en Letra de Imprenta)

Fecha

CIUDAD DE ENCINITAS

(Por favor complete dos copias)

ENTREGA DE INFORMACIÓN

Yo/Nosotros, _____, quienes suscribimos por medio del presente autorizamos

_____, entregar sin responsabilidad alguna a la Ciudad de Encinitas o a sus agentes, todas y cada una de las informaciones que ellos puedan requerir.

INFORMACIÓN AMPARADA

Entiendo que, dependiendo de las políticas y de los requerimientos del programa, la información anterior o actual relacionada con mi hogar o conmigo puede ser necesaria. Las verificaciones y las preguntas que pudieran ser requeridas incluyen, pero no están limitadas a las siguientes:

Identidad y Condición Conyugal	Empleo, Ingresos y Activos
Asignación Médica o para Cuidado de Niños	Actividad Crediticia y Penal
Residencias Y Actividad de Alquileres	

Entiendo que esta autorización no puede ser utilizada para obtener cualquier información sobre mí que no sea pertinente a mi elegibilidad o para continuar la participación en el programa.

GRUPOS O PERSONAS QUE PUDIERAN SER INTERROGADAS

Los grupos o las personas que pudieran ser interrogadas para la entrega de información (dependiendo de los requerimientos del programa) incluyen, pero no están limitadas a las siguientes:

Arrendadores Anteriores (incluyendo y Oficinas de Correo	Agencias de Beneficencia Tribunales
Escuelas y Colegios Universitarios	Agencias Estatales de Desempleo
Agencias de Cumplimiento Forzoso de la Ley	Administración de la Seguridad Social
Proveedores de Ayudas y Pensiones	Proveedores de Servicios Médicos y de Cuidado de Niños
Administración de Veteranos	Bancos y otras Instituciones Financieras
Compañías de Servicios	Sistemas de Jubilación
	Proveedores de Créditos y Asociaciones de Crédito.

CONDICIONES

Estoy de acuerdo con que una fotocopia de esta autorización pueda ser utilizada para los fines antes declarados. El original de esta autorización se encuentra en el expediente y permanecerá vigente durante un año y un mes desde la fecha de la firma. Entiendo que tengo derecho a revisar mi expediente y corregir cualquier información que pueda demostrar no es correcta.

_____ Firma (Jefe de Familia)	_____ (Nombre en Letra de Imprenta)	_____ Fecha
_____ Firma (Cónyuge/Co-solicitante)	_____ (Nombre en Letra de Imprenta)	_____ Fecha
_____ Firma (Miembro del Hogar)	_____ (Nombre en Letra de Imprenta)	_____ Fecha
_____ Firma (Miembro del Hogar)	_____ (Nombre en Letra de Imprenta)	_____ Fecha

SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE DEPÓSITO

PARA SER COMPLETADO POR EL TITULAR DE LA CUENTA/EL SOLICITANTE

INSTRUCCIONES: SOLICITANTE – SOLO complete los números 1, 7, 8 y 9.

B. PARTE I – SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE DEPÓSITO			
1. PARA (Nombre y dirección del BANCO)	2. DE (Nombre y dirección del prestamista) Ciudad de Encinitas – A cargo de los Profesionales de Vivienda Asequible 300 Carlsbad Village Drive #108A-191 Carlsbad, CA 92008 FAX: (714) 333-9326		
3. FIRMA DEL PRESTAMISTA	4. CARGO Procesador del Crédito	5. FECHA	6. NÚMERO DEL PRESTAMISTA (Opcional)
7. INFORMACIÓN QUE SERÁ VERIFICADA			
TIPO DE CUENTA	CUENTA A NOMBRE DE	NÚMERO DE CUENTA	
Cuenta Corriente			
Cuenta de Ahorros			
Otra:			
Otra:			
PARA EL DEPOSITARIO: He solicitado un crédito hipotecario y declaré en mi estado financiero que el saldo en depósito con ustedes es el que se mencionó anteriormente. Usted está autorizado para verificar esta información y para suministrar al prestamista antes identificado la información requerida en los puntos 10 hasta el 12. Su respuesta es meramente una cortesía que no acarrea responsabilidad alguna para su institución ni para ninguno de sus funcionarios.			
8. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE		9. FIRMA DEL SOLICITANTE	
Nombre: _____		X	
Dirección: _____		X	

PARA SER COMPLETADO POR EL DEPOSITARIO

DEPOSITARIO - Por favor complete los números 10 hasta el 15 y devuélvalo DIRECTAMENTE al prestamista mencionado en el número 2.

C. PARTE II - VERIFICACIÓN DEL DEPOSITARIO					
10. CUENTAS DE DEPÓSITO DEL SOLICITANTE					
TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SALDO DIARIO PROMEDIO DURANTE LOS SEIS MESES ANTERIORES (Esto es obligatorio de conformidad con las regulaciones de nuestro programa)	SALDO ACTUAL	TASA DE INTERÉS ANUAL	FECHA DE APERTURA
		\$	\$	%	
		\$	\$	%	
		\$	\$	%	
		\$	\$	%	

13. FIRMA DEL DEPOSITARIO	14. CARGO	15. FECHA
<i>La confidencialidad de la información que usted ha entregado será preservada salvo cuando la revelación de esta información es requerida por las leyes aplicables. El formulario debe ser transmitido directamente al prestamista y no debe ser transmitida a través del solicitante ni de ninguna otra persona</i>		



LEY DE DISCRIMINACIÓN FINANCIERA DE VIVIENDAS DE 1977. NOTIFICACIÓN DE CRÉDITO JUSTO

Es ilegal discriminar en las disposiciones o en la disponibilidad de la asistencia financiera debido a la consideración de:

1. Tendencias, características o condiciones en el vecindario o en el área geográfica que rodea a la vivienda, salvo que la institución financiera pueda demostrar en el caso particular que tal consideración es requerida para evitar prácticas inseguras y negocios poco sólidos; o
2. La raza, color, religión, sexo, condición marital, nacionalidad de origen o ancestros.

Es ilegal considerar la composición racial, étnica, religiosa o nacionalidad de origen de un vecindario o área geográfica alrededor de una vivienda, o si esa composición está experimentando un cambio, o se espera que experimente un cambio, para la valoración de una vivienda o para la determinación de si otorgar o no, o bajo cuáles términos y condiciones otorgar la asistencia financiera.

Estas disposiciones rigen la asistencia financiera a los fines de la compra, construcción, rehabilitación o refinanciamiento de una hasta cuatro unidades de residencia familiar ocupadas por el propietario y con la finalidad de mejorar el hogar de cualquiera, de una hasta cuatro unidades, de la residencia familiar.

Si tiene preguntas sobre sus derechos, o si desea presentar un reclamo, contacte a la gerencia de esta institución financiera en http://www.dfi.ca.gov/consumers/consumer_complaint.asp O:

Departamento de Instituciones Financieras Oficina de Servicios al Consumidor 1810 13th Street Sacramento, CA 95811 Teléfono: (916) 322-5966 Fax: (916) 445-2123	Departamento de Instituciones Financieras Oficina de Servicios al Consumidor 300 S. Spring Street, Suite 15513 Los Angeles, CA Teléfono: (213) 897-2085 Fax: (213) 897-8860
--	--

ACUSE DE RECIBO

YO (NOSOTROS) QUIENES SUSCRIBIMOS RECIBIMOS UNA COPIA DE ESTA NOTIFICACIÓN:

Firma del Solicitante:	Fecha:	Firma del Co-Solicitante:	Fecha:
-------------------------------	---------------	----------------------------------	---------------

Firma del Co-Solicitante:	Fecha:	Firma del Co-Solicitante:	Fecha:
----------------------------------	---------------	----------------------------------	---------------

AUTORIZACIÓN DEL REPORTE DE CRÉDITO
ASOCIACIÓN DE INVERSIONISTAS EN BIENES INMUEBLES DE LOS
EE.UU.

Formulario de Autorización para Solicitud de Reporte

U.S. Real Estate Association LLC www.TenantReports.org Ph: 866-910-1503

LETRA LEGIBLE - Todos los campos son *OBLIGATORIOS*.

Nombre del Solicitante: _____ **NSS#:** _____ - _____ - _____

FECHA NACIMIENTO: ____/____/____

Dirección: _____ **APT#:** _____

Ciudad: ENCINTAS **Estado:** California **Código Postal:**
92024

Dirección Anterior (si NO es la dirección actual durante 2 años):

Dirección: _____ **APT#:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** California **Código Postal:** _____

Licencia para Conducir #: (en caso de Solicitar un Reporte para Vehículo Automotor): No
Aplica

Yo autorizo a las personas mencionadas a continuación para obtener el reporte crediticio, reporte penal y/o la verificación de evicción, que pesen sobre mí, a través de la US Real Estate Investigators Association LLC a los fines de la verificación de los antecedentes de arrendamiento.

Firma del Solicitante: X **Fecha:** ____/____/____

TERMINE AQUÍ

TERMINE AQUÍ

TERMINE AQUÍ

La siguiente parte SOLO para ser completada por el Miembro de la Asociación de Bienes Inmuebles de los EE.UU.

Membresía de la U.S.R.E.I.A. [Asociación de Bienes Inmuebles de los EE.UU]#: _____ **Solicitado por:** _____

Número Telefónico de Contacto para Preguntas Sobre la Solicitud: (_____)

Respuesta por Fax al (760) _____ o por correo electrónico al: _____

Por favor, rodee con un círculo la Solicitud de Reporte que Corresponda

SuperPLUS (Incluye reporte Trans Union con Puntuación, Evicción Estatal, Verificación de Antecedentes Penales Estatales y de Seguridad Social)

Reporte de Crédito de: 1.) Trans Union 2.) Experian 3.) Equifax 4.) Reporte de Crédito Canadiense

Verificación de Antecedentes Penales: 5.) A Nivel Nacional 6.) A Nivel Estatal 7.) Verificación Penal en el Condado
_____ (especifique el condado)

Verificación de Evicción: 8.) A Nivel Nacional 9.) A Nivel Estatal

Otras Verificaciones: 10.) Verificación del Número de Seguridad Social/Dirección Anterior 11.) Verificación del Empleo

12.) Verificación del Arrendador
Servicio para Ubicar Personas

13.) Reporte de Vehículo Automotor

14.) Reporte Global

15.)

Reporte Crediticio Pre-Emplo:

Equifax

Trans Union

Experian

Reporte Crediticio Comercial: **Experian** (debe suministrar EIN [Número de Identificación del Empleador]#
(_____))

******Luego de completar esta solicitud enviar por Fax a: 866-271-2570******

NOTIFICACIÓN

Esté Pendiente del Envenenamiento por Pintura a Base de Plomo

Si esta propiedad fue construida antes de 1978 hay posibilidad de que contenga pintura a base de plomo.

Por favor lea la siguiente información en relación con el envenenamiento por base de plomo.

Fuentes de Pintura con Base de Plomo

El interior de las casas y apartamentos antiguos con frecuencia tienen capas de pintura con base de plomo en las paredes, techos, marcos de ventanas, puertas y marcos de puertas. La pintura y los selladores con base de plomo también pueden haber sido utilizados en el pórtico exterior, barandas, garajes, salidas de incendio y postes de lámparas. Cuando la pintura se rompe, se desconcha o se pela, puede representar un peligro real para los bebés y los niños pequeños. Los niños pueden comer trozos de pintura o masticar las barandas pintadas, los marcos de las ventanas u otros elementos cuando los padres no los están vigilando. Los niños también pueden ingerir el plomo incluso si ellos no comen específicamente las conchas de pintura. Por ejemplo, cuando el niño juega en un área donde hay conchas sueltas de pintura o partículas de polvo, estas llegan a sus manos, luego las ponen en sus bocas, e ingieren una cantidad peligrosa de plomo.

Riesgos por Pintura con Base de Plomo

El envenenamiento por plomo es especialmente peligroso para los niños menores de siete (7) años. Puede eventualmente causar retardo mental, ceguera e incluso la muerte

Síntomas de Envenenamiento con Pintura con Base de Plomo

¿Su niño ha estado especialmente enfadado o irritable? ¿Está comiendo normalmente? ¿Tiene su niño dolor de estómago o vómitos? ¿Se queja de dolor de cabeza? ¿Su niño no está animado para jugar? Estos pueden ser síntomas de envenenamiento por plomo. No obstante, en muchas oportunidades no son síntomas de envenenamiento por plomo, en forma alguna. Porque no haya síntomas no quiere decir que usted no deba preocuparse si considera que su niño ha estado expuesto a pintura con base de plomo.

Conveniencia y Disponibilidad de un Examen de Nivel de Plomo en Sangre

Si usted sospecha que su niño ha comido conchas de pintura o alguien más le comentó esto, debe llevar a su niño al médico o a una clínica para que le hagan la prueba. Si el examen demuestra que su niño tiene niveles de plomo elevados en sangre, hay tratamiento disponible. Contacte a su médico o al departamento de salud local para obtener ayuda o más información. Los exámenes y tratamientos por plomo están disponibles a través del Programa Medicaid para aquellas personas elegibles. Si se identifica que su niño tiene niveles elevados de plomo en sangre, debe notificar de inmediato a la Agencia de Re-desarrollo o a otra Agencia ante la cual usted o su arrendador hayan solicitado asistencia para rehabilitación, para que se puedan tomar los pasos necesarios para evaluar su unidad por peligro de pintura con base de plomo.

Si su unidad en efecto tiene pintura con base de plomo, usted puede ser elegible para obtener asistencia para combatir el peligro.

Precauciones a Tomar para Prevenir el Envenenamiento por Pintura con Base de Plomo

Usted puede evitar el envenenamiento por pintura con base de plomo al realizar algo de mantenimiento preventivo. Revise sus paredes, techos, puertas, marcos de puertas y marcos de ventanas. ¿Hay sitios donde la pintura se está pelando, escamando, rompiendo o transformándose en polvo? De ser así, hay algunas cosas que usted puede hacer de inmediato para proteger a su niño:

- (a) Cubra todos los muebles y electrodomésticos,
- (b) Tome una escoba o cepillo fuerte y remueva toda la pintura floja de las paredes, maderas, marcos de ventanas y techos,
- (c) Barra todas las piezas de pintura y yeso y póngalas en una bolsa de papel o envueltas en papel periódico. Ponga estos paquetes en el depósito de la basura. **NO LOS QUEME:**
- (d) No deje conchas de pintura en el piso ni en los marcos de las ventanas. Limpie con un trapo húmedo los pisos y los marcos de las ventanas en toda el área de trabajo para remover todo el polvo y las partículas de pintura. Mantener estas áreas libres de conchas de pintura, polvo y sucio es fácil y muy importante; y
- (e) No permita que la pintura floja permanezca dentro del alcance de sus niños, ya que los niños pequeños pueden tomar la pintura en las partes bajas de las paredes.

Mantenimiento del Propietario y Tratamiento para el Peligro de Pintura con Base de Plomo

Como propietario, usted debe tomar las acciones necesarias para mantener su hogar en buenas condiciones. Las fugas de agua en plomería defectuosa, techos deficientes y huecos o roturas en el exterior pueden permitir el ingreso de lluvia y humedad en el interior de su hogar. Estas condiciones dañan las paredes y los techos y causan que la pintura se pele, se rompa o se desconche. Estas condiciones deben ser limpiadas a profundidad al raspar o cepillar la pintura suelta de la superficie, luego repintar con dos (2) capas de pintura sin plomo. En lugar de raspar y repintar, la superficie puede cubrirse con otro material como una pantalla de pared, yeso o un panel. Tenga cuidado porque cuando la pintura con base de plomo es removida por raspado o lijado, se crea un polvo, que puede ser peligroso. El polvo puede entrar al cuerpo, bien sea por la respiración o tragándolo. El uso de calor o de removedor de pintura puede crear vapores o humos que pueden causar el envenenamiento si son inhalados durante un periodo largo. Siempre que sea posible, la remoción de la pintura con base de plomo debe hacerse cuando no haya niños ni mujeres embarazadas en el sitio. Simplemente pintar sobre la superficie con pintura defectuosa con base de plomo no elimina el peligro. Recuerde que usted como adulto juega un rol fundamental en la prevención del envenenamiento por plomo. Sus acciones y alerta sobre el problema del plomo pueden hacer una gran diferencia.

Fecha

Fecha

Nombre Completo en Letra de Imprenta

Nombre Completo en Letra de Imprenta

Firma del Solicitante

Firma del Co-Solicitante

INSTRUCCIONES: PARA SOLICITANTES EMPLEADOS – SOLO complete los números 1, 7 & 8

Ciudad de Encinitas - Programa de Rehabilitación Residencial - FAX: (714) 922-9224

SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO/SALARIO

PATRONO - Por favor complete la Parte II o bien la Parte III según sea aplicable. Firme y devuélvalo directamente al prestamista mencionado en el número 2.

PARTE I – SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO/SALARIO

1. PARA: (Nombre y Dirección del Patrono)		2. DE (Nombre y dirección del prestamista) Ciudad de Encinitas a cargo de los Programas de Vivienda 4835 Kelly Drive Carlsbad, CA 92008 FAX: (714) 922-9224	
3. FIRMA DEL PRESTAMISTA	4. CARGO	5. FECHA	6. NÚMERO DEL PRESTAMISTA (opcional)

He solicitado un crédito hipotecario y he declarado que actualmente soy o que antes fui su empleado. Mi firma a continuación autoriza la verificación de esta información.

7. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE (Incluya número de empleado o número de distintivo) X	8. FIRMA DEL SOLICITANTE X
---	--------------------------------------

PARTE II - VERIFICACIÓN DEL EMPLEO ACTUAL – PARA SER COMPLETADO POR EL PATRONO

FECHA DE CONTRATACIÓN	DATOS DE PAGO			
9. FECHA DE EMPLEO DEL SOLICITANTE	12A. BASE DE PAGO ACTUAL (Coloque el Monto y Marque el Periodo) _____ ANUAL _____ HORA		12C. SOLO PARA PERSONAL MILITAR	
10. POSICIÓN ACTUAL	SEMANAS _____ MENSUAL _____ CADA DOS SEMANAS _____ SEMANAL _____ OTRO _____ (Especifique)		GRADO DE PAGO	
	Número de Meses Trabajados en un Año: _____		TIPO	MONTO MENSUAL
11. PROBABILIDAD DE EMPLEO CONTINUADO	12B. GANANCIAS		RACIONES	\$
	TIPO	EN EL PRESENTE AÑO	EL AÑO PASADO	VUELO O PELIGRO
	REMUNERACIÓN BASE	\$	\$	VESTIMENTA
	HORAS EXTRAS	\$	\$	TRIMESTRES
13. SI LAS HORAS EXTRAS O LAS BONIFICACIONES SON APLICABLES ¿SU CONTINUACIÓN SON PROBABLES? HORAS EXTRAS _____ SÍ _____ NO BONIFICACIÓN _____ SÍ _____ NO	COMISIONES	\$	\$	PAGO POR PROMOCIÓN
	BONOS	\$	\$	EXTRANJERO O EN COMBATE

14. **INCREMENTO EN EL PAGO:** (Indique los incrementos en el pago esperados para los próximos 12 meses)

15. ACOTACIONES (si el pago es por horas, por favor indique el promedio de horas trabajadas cada semana durante el año pasado y el año actual)

PARTE III - VERIFICACIÓN DEL EMPLEO ANTERIOR

16. FECHAS DEL EMPLEO	17. SALARIO/REMUNERACIONES AL MOMENTO DE LA TERMINACIÓN POR (año) (mes) (semana) (otro-especifique) BASE _____ HORAS EXTRAS _____ COMISIONES _____ BONIFICACIÓN _____		
18. MOTIVO DE LA TERMINACIÓN	19. CARGO OCUPADO		

FIRMA DEL PATRONO

20. FIRMA DEL PATRONO

21. CARGO

22. FECHA

La confidencialidad de la información que usted ha entregado será preservada salvo cuando la revelación de esta información es requerida por las leyes aplicables. El formulario debe ser transmitido directamente al prestamista y no debe ser transmitida a través del solicitante ni de ninguna otra persona.

FORMULARIO IRS T-4506

El formulario en la siguiente página debe ser completado por TODAS las personas mayores de 18 años de edad incluso si usted no presenta declaración de impuestos.

Use el Formulario IRS T-4506 para ordenar una copia de su devolución de impuestos federales directamente del IRS para verificar la devolución de impuestos presentada con su solicitud. El IRS mandará una copia de su devolución de impuestos directamente a la dirección de el solicitante. El solicitante deberá mandar la copia de su devolución de impuestos federales a la ciudad cuando reciba la copia.

Si usted no presenta impuestos, el IRS le enviará verificación de que usted no declara.

Esta verificación por “terceras personas” es requerida por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE.UU. (“HUD”).

**Formulario Abreviado de Solicitud de Transcripción de
la Declaración de Impuestos Individual**

► **La solicitud no se tramitará si el formulario está incompleto o ilegible.**
► **Para obtener más información sobre el Formulario 4506T-EZ(SP), visite www.irs.gov/form4506tezsp.**

Consejo. Utilice el Formulario 4506T-EZ(SP) para ordenar sin costo alguno una transcripción de la declaración de impuestos de la serie de Formularios 1040, o puede solicitar rápidamente las transcripciones utilizando nuestras herramientas del servicio de autoayuda automatizado. Por favor, visítenos en www.irs.gov/espanol y pulse en "Ordene una Transcripción..." o llame al 1-800-908-9946.

1a Nombre mostrado en la declaración de impuestos. Si es una declaración conjunta, escriba el nombre que se muestra primero.	1b El primer número de Seguro Social o número de identificación del contribuyente individual que se muestra en la declaración de impuestos
2a Si es una declaración conjunta, escriba el nombre del cónyuge mostrado en esa declaración de impuestos.	2b El segundo número de Seguro Social o número de identificación del contribuyente individual, si es una declaración de impuestos conjunta
3 Nombre, dirección (incluyendo número de apartamento, habitación u oficina), ciudad, estado y código postal actual (consulte las instrucciones)	
4 Dirección anterior mostrada en la última declaración presentada, si es diferente de la línea 3 (consulte las instrucciones)	
5 Número de archivo del cliente (si corresponde) (consulte las instrucciones)	

Nota: A partir de julio de 2019, el IRS enviará las solicitudes de transcripciones de impuestos sólo a su dirección de registro. Consulte **Qué hay de nuevo** bajo **Acontecimientos Futuros** en la Página 2 para obtener información adicional.

6 Año(s) solicitado(s). Escriba el (los) año(s) de la transcripción de la declaración que solicita (por ejemplo, "2008"). La mayoría de las solicitudes se tramitarán dentro de 10 días laborables.

Nota: Si el IRS no puede localizar una declaración que concuerda con la información de identidad del contribuyente proporcionada en la parte superior, o si los registros del IRS indican que la declaración no ha sido presentada, el IRS le notificará a usted o al tercero que no se pudo localizar una declaración de impuestos o que una declaración no fue presentada, lo que corresponda.

Precaución. No firme este formulario a menos que todas las líneas aplicables hayan sido completadas.

Firma(s) del (de los) contribuyente(s). Yo declaro que soy el contribuyente cuyo nombre se muestra en la línea 1a o 2a. Si la solicitud corresponde a una declaración conjunta, cualquiera de los cónyuges puede firmar. **Nota:** El IRS tiene que recibir este formulario dentro de 120 días a partir de la fecha de la firma.

El(la) suscrito(a) certifica que ha leído la cláusula de atestación y tras leerla declara que tiene la autoridad para firmar el Formulario 4506T-EZ(SP). Consulte las instrucciones

Número de teléfono del contribuyente que aparece en la línea **1a** o **2a**

**Firme
Aquí**

Firma (consulte las instrucciones)	Fecha	
Firma del cónyuge	Fecha	

Las secciones a las cuales se hace referencia corresponden al Código de Impuestos Internos, a menos que se indique lo contrario.

Acontecimientos Futuros

Para obtener la información más reciente acerca de los acontecimientos relacionados con el Formulario 4506T-EZ(SP), como la legislación promulgada después de que el formulario se imprimió, visite www.irs.gov/form4506tezsp.

Qué hay de nuevo. Como parte de sus esfuerzos continuos para proteger los datos del contribuyente, el Servicio de Impuestos Internos anunció que en julio de 2019, dejará de enviar por correo las copias de las transcripciones solicitadas a todos los terceros. Después de esta fecha, las Transcripciones de Impuestos con partes ocultas, sólo se enviarán por correo a la dirección de registro del contribuyente. Si un tercero no puede aceptar una Transcripción de Impuestos enviada por correo al contribuyente, puede contratar a un participante existente del programa IVES, o convertirse en un participante del IVES. Para obtener información adicional acerca del IVES, visite www.irs.gov y busque por IVES.

Instrucciones Generales

Precaución. No firme este formulario a menos que todas las líneas aplicables hayan sido completadas.

Propósito del formulario. Las personas pueden utilizar el Formulario 4506T-EZ(SP) para solicitar una transcripción de la declaración de impuestos para el año actual y los tres años anteriores, que incluye la mayoría de las líneas de la declaración de impuestos original. La transcripción de la declaración de impuestos no mostrará los pagos, multas impuestas ni ajustes realizados a la declaración presentada originalmente. El Formulario 4506T-EZ(SP) no puede ser utilizado por los contribuyentes que presentan un Formulario 1040 basado en un año tributario que comienza en un año calendario y termina en el año siguiente (año tributario fiscal). Los contribuyentes que utilizan un año tributario fiscal tienen que presentar el Formulario 4506-T, *Request for Transcript of Tax Return* (Solicitud de transcripción de la declaración de impuestos), en inglés, para solicitar una transcripción de la declaración.

Utilice el Formulario 4506-T, en inglés, para solicitar transcripciones de la declaración de impuestos, información de cuentas tributarias, información de W-2, información de 1099, verificación de no presentación de la declaración y registros de cuenta.

Número de Archivo del Cliente. Las transcripciones proporcionadas por el IRS han sido modificadas para proteger la privacidad de los contribuyentes. Las transcripciones solo muestran información personal parcial, tal como los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del contribuyente. La información

financiera y tributaria completa, como los salarios y los ingresos tributables se muestran en la transcripción.

Un campo opcional de Número de Archivo del Cliente está disponible para utilizar al solicitar una transcripción. Este número se imprimirá en la transcripción. Vea las instrucciones de la Línea 5 para los requisitos específicos. El número de archivo del cliente es un campo opcional y no es obligatorio.

Solicitud automatizada de transcripción.

Puede solicitar rápidamente las transcripciones utilizando nuestras herramientas del servicio de autoayuda automatizado. Por favor, visítenos en IRS.gov/español y pulse en "Ordene una Transcripción..." o llame al 1-800-908-9946.

Dónde presentar. Envíe el Formulario 4506T-EZ(SP) por fax o por correo a la dirección a continuación que corresponde al estado en el que residió cuando se presentó la declaración de impuestos.

Si solicita más de una transcripción u otro producto y la tabla a continuación muestra dos direcciones diferentes, envíe su solicitud a la dirección que corresponde a la dirección de su declaración de impuestos más reciente.

Si presentó una declaración individual y vivió en:

Envíe el formulario por correo o por fax a:

Alabama, Kentucky, Luisiana, Mississippi, Tennessee, Texas, un país extranjero, Samoa
Estadounidense, Puerto Rico, Guam, el Commonwealth de las Islas Marianas del Norte, las Islas Vírgenes
Estadounidenses, o la dirección de APO o de FPO

Internal Revenue Service
RAIVS Team
Stop 6716 AUSC
Austin, TX 73301
855-587-9604

Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Michigan, Minnesota, Montana, Nebraska, Nevada, New México, Dakota del Norte, Oklahoma, Oregon, Dakota del Sur, Utah, Washington, Wisconsin, Wyoming

Internal Revenue Service
RAIVS Team
Stop 37106
Fresno, CA 93888
855-800-8105

Connecticut, Delaware, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Hampshire, New Jersey, New York, Carolina del Norte, Ohio, Pennsylvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Vermont, Virginia, West Virginia

Internal Revenue Service
RAIVS Team
Stop 6705 S-2
Kansas City, MO 64999
855-821-0094

Línea 1b. Escriba su número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) si su solicitud se relaciona con una declaración de impuestos de un negocio. De lo contrario, escriba el primer número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) o número de identificación personal del contribuyente (ITIN, por sus siglas en inglés) que se muestra en la declaración. Por ejemplo, si solicita el Formulario 1040 que incluye el Anexo C (Formulario 1040), escriba su SSN.

Línea 3. Escriba su dirección actual. Si utiliza un apartado postal, inclúyalo en esta línea.

Línea 4. Escriba la dirección mostrada en la última declaración de impuestos que presentó, si es diferente de la dirección anotada en la línea 3.

Nota. Si las direcciones en las líneas 3 y 4 son diferentes y usted no ha cambiado su dirección ante el IRS, presente el Formulario 8822, *Change of Address* (Cambio de dirección), en inglés.

Línea 5. Ingrese hasta 10 caracteres numéricos para crear un número de archivo del cliente único, que se mostrará en la transcripción. El número de archivo del cliente **no debe** contener un número de SSN. No se requiere completar esta línea.

Nota. Si utiliza un SSN, nombre o una combinación de ambos, no ingresaremos la información y el número de archivo del cliente estará en blanco en la transcripción.

Firma y fecha. El Formulario 4506T-EZ(SP) tiene que ser firmado y fechado por el contribuyente indicado en la línea 1a o 2a. El IRS tiene que recibir el Formulario 4506T-EZ(SP) dentro de 120 días a partir de la fecha de la firma del contribuyente o será rechazado. Asegúrese de que todas las líneas aplicables sean completadas antes de firmar.

Tiene que marcar la casilla en el área de la firma para reconocer que tiene la autoridad para firmar y solicitar la información. El formulario no se tramitará y le será devuelto si la casilla no está marcada.

Las transcripciones de declaraciones de impuestos presentadas conjuntamente pueden proporcionarse a cualquiera de los cónyuges. Sólo se requiere una firma. Firme el Formulario 4506T-EZ(SP) exactamente como su nombre aparece en la declaración original. Si usted ha cambiado su nombre, también firme su nombre actual.

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites.

Solicitamos la información de este formulario para establecer su derecho de tener acceso a la información tributaria solicitada, conforme al Código de Impuestos Internos. Necesitamos esta información para identificar correctamente la información tributaria y responder a su solicitud. Si usted solicita una transcripción, las secciones 6103 y 6109 requieren que usted proporcione esta

información, incluyendo su número de Seguro Social. Si usted no proporciona esta información, no podremos tramitar su solicitud. El proporcionar información falsa o fraudulenta puede estar sujeto a multas.

Los usos rutinarios de esta información incluyen el divulgarla al Departamento de Justicia para litigios civiles y penales, y a las ciudades, estados, el Distrito de Columbia y los territorios o estados libres asociados de los EE. UU. para su uso en la administración de sus leyes tributarias. Además, podemos también divulgar esta información a otros países conforme a un tratado tributario, a las agencias federales y estatales para ejecutar las leyes penales federales no tributarias, o a las agencias que ejecutan el cumplimiento de la ley federal y agencias de inteligencia para combatir el terrorismo.

Usted no está obligado a proporcionar la información solicitada en un formulario que está sujeto a la Ley de Reducción de Trámites, a menos que el formulario muestre un número de control válido de la *Office of Management and Budget* (Oficina de Administración y Presupuesto u *OMB*, por sus siglas en inglés). Los libros o registros relativos a un formulario o sus instrucciones tienen que conservarse siempre y cuando su contenido pueda convertirse en material en la administración de toda ley de impuestos internos. Por lo general, las declaraciones de impuestos y la información pertinente son confidenciales, como lo requiere la sección 6103.

El tiempo que se necesita para completar y presentar el Formulario 4506T-EZ(SP) variará, dependiendo de las circunstancias individuales. El tiempo promedio estimado es: **Aprender acerca de la ley o del formulario**, 9 min.; **Preparar el formulario**, 18 min.; y **Copiar, unir y enviar el formulario al IRS**, 20 min.

Si desea hacer comentarios acerca de la exactitud de estos estimados de tiempo o sugerencias para que el Formulario 4506T-EZ(SP) sea más sencillo, nos gustaría escucharlos. Puede escribir a:

Internal Revenue Service
Tax Forms and Publications Division 1111
Constitution Ave. NW, IR-6526
Washington, DC 20224

No envíe el formulario a esta dirección. En su lugar, consulte **Dónde presentar**, en esta página.
